

Dokumentasjon og medisinsk koding – ISF-regelverkets føringer

Innlegg DRG-forums høstkonferanse 27.11.2017

v/ Fredrik A.S.R. Hanssen, Avd.dir. Avdeling Finansiering og DRG

Innsatsstyrt finansiering 2017

5.17 Dokumentasjonskrav knyttet til medisinsk koding

Det skal være samsvar mellom journaldokumentasjonen og de medisinske opplysninger som er kodet. Tilstander som kodes som grunnlag for rapportering skal ha hatt reell betydning i forbindelse med aktuell innleggelse eller polikliniske konsultasjon. Innholdet i pasientens journal legges til grunn ved vurdering/dokumentkontroll av hva som har hatt reell betydning og ikke.

«Pasientens journal»

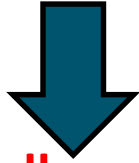
- Jf. også gjennomgangen fra Direktoratet fra E-helse
- Tenk pasientorientert. Hva er journalen fra pasientens perspektiv? Hvilken opplysninger om seg selv pasienten tilgang til ved journalinnsyn?
- Tenk tilsynsorientert. Hvilke opplysninger får tilsynsmyndigheten tilgang til ved hendelsesbasert tilsyn?
- Tenk klinisk. Hvilke opplysninger er det for en kliniker vanlig å se på når man skal vurdere den nære, foregående sykehistorien?

Hovedpunkter

- Pasientens problemstillinger og innholdet i helsehjelpen danner grunnlag for dokumentasjon i journal.
- Medisinsk tilstandskoding finner sted ut fra hva som har vært relevant i.f.m. aktuell helsehjelpsepisode.
- ISF-regelverket er *ikke normerende* for dokumentasjonen som skal finne sted.
- ISF-regelverket slår kun fast hva som er grunnlaget for eventuell kontroll. Konsistens mellom kodede opplysninger og journalinnhold forventes.

Liten presisering i 2018-regelverket

Dokumentasjonskrav knyttet til medisinsk koding



Kontrollgrunnlag knyttet til medisinsk koding

Med endringen presiserer vi at regelen ikke medfører et selvstendig dokumentasjonskrav, kun angivelse av hva som er grunnlaget for evt. kontroll.